

# Collaborations entre pédiatres et psychiatres d'enfants en hôpital général

**Antoine Leblanc, pédiatre**

*Centre Hospitalier Sud Francilien. 91014 Evry Cedex*

**Philippe Duverger, pédopsychiatre**

*Centre Hospitalier Universitaire. 49933 Angers Cedex 9*

Les interventions et les missions des psys dans les services de pédiatrie sont multiples et variées. Dans quelles situations les pédiatres sollicitent-ils les psychiatres ? Comment s'effectuent les demandes ? Quelles aides sont-ils susceptibles d'apporter aux enfants, aux familles, et au personnel du service ? Les réponses à ces questions varient bien sûr d'un service à l'autre et au sein d'un même service en fonction des expériences, des personnalités et des habitudes de chacun.

En pratique il existe souvent des différences entre les attentes des pédiatres, les demandes des enfants et des familles, et les idées des psychiatres (et psychologues) sur leurs fonctions. Les représentations que les différentes catégories de personnel ont sur le rôle des psychiatres dans un service de pédiatrie sont également très variables. Malgré cette diversité nous voudrions, à partir de l'expérience d'un service de pédiatrie dans un hôpital général, apporter à l'aide d'exemples quotidiens, quelques éléments de réflexion et montrer les collaborations possibles en soulignant l'intérêt d'un travail d'équipe dans les différents secteurs d'activité.

Le regard du psychiatre d'enfant ponctuera ces réflexions pédiatriques et développera ce qu'il en est du travail de psychiatre d'enfants en hôpital général.

## **Le retentissement psychologique des maladies somatiques**

Le travail des pédiatres à l'hôpital est d'apporter les soins les plus appropriés à chaque enfant lorsque son organisme est atteint par la maladie. De nombreuses affections plus ou moins sévères sont prises en charges dans les hôpitaux généraux parfois en collaboration avec

des services plus spécialisés. Le retentissement psychologique de ces maladies est fonction de leur gravité, de leur caractère aigu ou chronique, du contexte familial ou social. Les pédiatres sont particulièrement sensibles à ce retentissement de la maladie et acquièrent une expérience de la prise en charge médicale et psychologique des enfants et des familles. Alors quand font-ils appel au psychiatre dans cette situation ? La réponse à cette question est fonction dans chaque situation de la perception du médecin des difficultés de l'enfant et de sa famille, mais aussi de la personnalité des psychiatres (et psychologues), de leur disponibilité, et de l'organisation du service. Ainsi, la demande d'une intervention psychologique sera beaucoup plus aisée et naturelle si elle s'élabore au cours d'une réunion de service, que si elle repose sur une démarche individuelle du pédiatre. Ces réunions sont aussi l'occasion pour chaque catégorie de personnel, (infirmières, auxiliaires, éducatrice, assistante sociale...) d'apporter sa connaissance d'une situation ou son point de vue. Cette démarche collective apporte une cohérence intéressante dans la prise en charge des enfants au sein du service.

Prenons l'exemple d'un enfant hospitalisé pour un diabète difficile à équilibrer. Les efforts des médecins, des infirmières, de la diététicienne pour améliorer la surveillance, l'adaptation des doses, le régime alimentaire apparaissent peu efficaces. Le caractère définitif de la maladie, les contraintes permanentes liées au régime alimentaire, aux surveillances, aux injections, et les différences par rapport aux autres enfants ou adolescents du même âge sont autant de difficultés qui s'accumulent. Le pédopsychiatre ou le psychologue peut apporter son écoute et sa compréhension des difficultés rencontrées par l'équipe pour prendre en charge cet enfant. Il peut aussi par des entretiens individuels ou familiaux permettre une évaluation du retentissement du diabète sur l'économie familiale et proposer des aides ou des évolutions prenant en compte ces éléments.

Voici aussi l'histoire de Jérémy, 8 ans, traité depuis plusieurs mois pour une leucémie. Il vient régulièrement en hôpital de jour pour ses chimiothérapies qui paraissent bien tolérées. Il est enjoué, plaisante facilement avec l'infirmière. Les parents sont très présents et semblent en confiance dans la prise en charge médicale. Pourtant ils signalent à la maison des crises d'opposition, des difficultés d'endormissement, des moments d'agressivité en particulier avec sa sœur. Ces manifestations sont discutées entre médecins, infirmières et psychologues. Les entretiens psy avec Jérémy et ses parents permettent d'exprimer de fortes angoisses, non apparentes jusqu'à présent. Les ponctions lombaires, subies jusqu'à présent sans refus ni difficultés techniques étaient en fait très douloureusement vécues par Jérémy. Les parents, en particulier, le père qui donnait une image assurée de lui même, révèlent à quel point la leucémie a généré des angoisses et des craintes pour leur fils. Ces entretiens dont la nécessité

n'apparaissait pas évidente ont permis d'apporter à la famille un espace de parole intéressant. Ainsi, le pédiatre est resté le médecin du corps et la psychologue a pu prendre en charge le retentissement émotionnel intense de cette maladie grave, potentiellement mortelle, mais dont actuellement le traitement permet une guérison définitive dans la majorité des cas

Alors comment l'intervention des psychiatres doit-elle s'inscrire dans toutes ces maladies organiques soignées par les pédiatres ? Il me semble que la présence régulière des psychiatres dans le service de pédiatrie, les échanges d'information, la participation des uns et des autres aux réunions de service permettent d'adapter au mieux les interventions psychologiques et leurs prises en charge. A l'inverse, les demandes d'intervention "psy." faites occasionnellement, sans discussion, sans échange préalable, sans retour d'information, sont moins enrichissantes pour les pédiatres et pour les enfants qu'ils soignent.

Qu'en est-il du regard du psychiatre d'enfant ?

Plusieurs problématiques sont interrogées :

La question de la demande. Pour le psychiatre, la vraie demande n'est pas tant : **quand** faire appel au psychiatre ? Mais, **qui** appelle le psychiatre ? Qui en appelle à la question psychique ? Toute demande de nouvelle consultation est l'occasion, pour le psychiatre, de poser la question de la demande : « Qui demande quoi ?... Pour qui ? Pour quoi ? ». En effet, ce n'est pas la même chose de répondre à la demande d'un pédiatre, légitimement inquiet pour un enfant qu'il constate en détresse, à la demande de parents qui sont angoissés pour leur enfant ou, occurrence plus rare, une demande émanant directement du jeune. Le psychiatre est très sensible et attentif à cette question de la demande car elle va conditionner ses modalités de réponses, sa position à l'égard de l'enfant (et de ses parents) et sa place auprès de l'équipe soignante de pédiatrie. Le psychiatre ne peut pas (et ne veut pas) répondre à tout et l'analyse de la demande est un préalable incontournable avant toute rencontre avec un enfant.

L'intérêt de réunions. Dans l'articulation entre pédiatre et psychiatre (ou psychologue) d'enfants, le travail de cohésion et de lien ne s'improvise pas. Les rencontres régulières sont nécessaires. Les réunions permettent de se connaître et de se comprendre.

Elles peuvent aussi vite devenir cacophoniques ou s'apparenter à un dialogue de sourds. Bref, il ne faut pas en attendre plus qu'elles ne peuvent apporter et croire que le ciment peut prendre à chaque fois ; pédiatres et psychiatres ont des cultures différentes, travaillent sur des registres différents. Ainsi, plutôt que d'instituer des contacts formalisés et des réunions réglées, nous privilégions la création d'« aires de rencontre », véritables espaces transitionnels (au sens de Winnicott), espace potentiel permettant l'émergence de la créativité,

à l'image d'« aires de jeu... de terrain vague » (Duverger, 1997). Autrement formulé, on se dit souvent plus de choses dans un couloir que lors d'une réunion et les échanges, réciproques, sont souvent plus riches. Si les réunions restent importantes, ce qui nous semble primordial, c'est l'habitude de travailler ensemble, avec la continuité et la confiance qui vont avec. Un travail de fond d'autant plus important que le jeune patient malade chronique va nous solliciter, souvent, tant du côté du corps que du côté du comportement et des émotions.

Ce travail de fond repose donc sur des réunions régulières mais aussi (et surtout ?) sur des rencontres de couloir, impromptues, imprévues...

Le danger des « fausses-routes ». La bonne connaissance réciproque des uns des autres et du rôle de chacun permet aussi d'éviter les quiproquos, les malentendus, voire les désillusions. En effet, le pédiatre qui demande la consultation effectue le partage entre ce qui relève de la médecine et ce qui n'en relève pas. Dans ce contexte et de manière caricaturale, la consultation psychiatrique peut parfois devenir un examen complémentaire, systématique, au même titre qu'une glycémie ou une radiographie.

Dans d'autres circonstances, la consultation psychiatrique est définie comme une exclusion. Les troubles psychologiques apparaissent comme des phénomènes parasites et le psychiatre est sollicité pour résoudre rapidement ce que la médecine n'a pu guérir ou effacer. Des déceptions apparaissent alors du côté du pédiatre, en attente d'explications de causes à effets, parfois d'interprétations... souvent d'explications.

La consultation psychiatrique ne doit pas être systématique... Elle ne doit pas non plus s'apparenter à un passage à l'acte dans une situation devenue subitement impossible (ex. la non observance d'un jeune adolescent diabétique).

« Il faut qu'il (ou elle) parle ! » nous demande t-on souvent. Le psychiatre serait-il celui auquel le patient dirait tout, comme un vase trop plein qui se déverserait dans un autre jusqu'à l'équilibre parfait ? Faudrait-il donc viser une sorte de concordance parfaite entre attente d'un côté et réponse de l'autre ? Cet « idéal » ne renverrait-il pas, au contraire, à l'inexistence ?

L'approche pédopsychiatrique repose sur des élaborations successives (tenant aussi compte des facteurs somatiques) qui vont constituer des étapes dans la compréhension des symptômes et non dans l'explication définitive. Le psychiatre (ou psychologue) ne peut bien sûr pas répondre à tout... Et est-il possible de tout comprendre?... Le psychiatre aime à être un artisan, un « praticien de l'inattendu » (Duverger, 2002). En attendre autre chose est la garantie de déceptions voire de désillusions. L'habitude de travailler ensemble prend donc tout son sens pour éviter ces écueils et ces embûches.

## **L'expression somatique de problèmes psychologiques**

Certains enfants ou adolescents viennent en consultation ou aux urgences pour des manifestations somatiques en rapport avec des problèmes psychiques. Le rôle du pédiatre est d'analyser les symptômes, de rechercher une maladie organique, et d'accompagner l'enfant et sa famille dans sa démarche. Comment arriver à faire accepter par la famille l'origine psychologique des manifestations ? A quel moment diriger l'enfant ou l'adolescent vers une consultation psychiatrique ? C'est l'enjeu de ce type de situation.

Ainsi le jeune Thomas, 14 ans, est amené régulièrement aux urgences par les pompiers pour des épisodes spectaculaires: en quelques minutes il devient hypotonique sans réaction, le regard dans le vague. A l'examen clinique il paraît dans un coma vigile, sans aucune réaction aux stimulations verbales, auditives, et même douloureuses. Il est dans un état second alors que toutes les constantes physiologiques et métaboliques sont normales. Thomas récupère totalement de chaque épisode dont il ne garde aucun souvenir. Sont évoqués tour à tour une épilepsie, un trouble du rythme cardiaque, des désordres métaboliques aigus, mais une hospitalisation et de nombreux examens complémentaires ne permettent pas de poser de diagnostic. Les parents continuent de penser qu'il existe une maladie à découvrir. Ils consultent plusieurs spécialistes, neurologue, cardiologue, sans résultat. Après discussion collective du dossier nous proposons à Thomas et ses parents une consultation pédopsychiatrique. Thomas n'en voit pas l'utilité et ses parents pensent que les médecins prennent leur fils pour un « fou », et les entretiens sont très vite interrompus. Cependant, au fil des mois les épisodes s'espacent et sont gérés par Thomas et sa famille sans intervention médicale. Après des discussions renouvelées les consultations psychologiques reprennent. Et les épisodes comateux de Thomas finissent par disparaître... Que s'est-il passé au cours de ces entretiens ? Nous, pédiatre, n'en savons rien.

Dans un autre registre, Laetitia est adressée en consultation de pédiatrie par son médecin traitant pour une anorexie mentale. Le tableau clinique est complet : anorexie, aménorrhée et troubles du comportement alimentaire. Dès les premières consultations, un contrat d'hospitalisation avec séparation est annoncé si le poids baisse au-dessous de 35 kg. Laetitia se maintient pendant plusieurs mois juste au-dessus de cette limite, mais les parents ont de plus en plus de difficultés à vivre cette situation, car la vie familiale est envahie en permanence par les troubles du comportement alimentaire de Laetitia. Le dossier est discuté

lors de la réunion hebdomadaire avec l'équipe psy. du service. Des entretiens sont proposés aux parents avec deux psychologues du service. Ils leurs permettent de mieux comprendre les rapports instaurés avec leur fille, mais la problématique familiale reste assez figée. Laetitia, de son côté est suivie en cabinet de ville par un psychiatre. Après une année de suivi en consultation, Laetitia demande elle-même à être hospitalisée. Une réunion de l'ensemble des intervenants, médecins, infirmières, éducatrices et psy permet de déterminer les conditions de cette hospitalisation Laetitia commencera seulement à modifier son comportement alimentaire et reprendre du poids. Les échanges réguliers entre pédiatre et psy et les réunions de service permettent à tous les acteurs de maintenir une cohérence structurante dans cette prise en charge. Dans cette histoire, la collaboration régulière entre les psys et le personnel du service a clairement apporté des éléments constructifs dans la compréhension du fonctionnement familial et la prise en charge.

Qu'en est-il du regard du psychiatre d'enfant ?

L'importance du passage du pédiatre au psychiatre. Contrairement à une course de relais où l'on se passe le témoin et où le coureur s'arrête alors que l'autre démarre, ce passage constitue une articulation complexe et parfois décisive dans le suivi de l'enfant et de sa famille. Une adresse au psychiatre (ou psychologue) non élaborée, sera vécue comme un lâchage. La prise en compte des facteurs relationnels entre les divers soignants, l'enfant et son entourage est capitale et si aucune analyse des transferts n'est élaborée, ce passage est voué à l'échec. Les familles et l'enfant lui-même ont un sentiment d'abandon par le pédiatre. C'est le cas de Thomas et de ses parents à qui il a fallu du temps avant d'entendre la souffrance psychique. C'est tout l'art du pédiatre d'aborder la souffrance de l'enfant non pas comme reposant sur un clivage (c'est somatique versus c'est psychique) mais comme une modalité d'expression particulière d'un enfant singulier.

Le cas particulier de l'urgence. Le plus souvent, le psychiatre n'aime pas l'urgence. Il a un rapport au temps différent de celui du pédiatre. Même si des réponses peuvent être apportées dans l'urgence, même si des choses importantes peuvent se jouer et se dire dans l'urgence, même si des rencontres peuvent se nouer dans l'urgence, le travail psychique, psychothérapeutique, ne relève pas de l'urgence ; il s'inscrit dans le temps...

Bien sûr, l'urgence subjective existe bien ; elle est à prendre en compte, à entendre... Mais la réponse se déroulera et s'inscrira dans le temps, dans une relation qui s'instaurera progressivement. Il faut du temps. C'est tout le sens des « soins intensifs psychiques » que nous mettons parfois en place pour certains enfants ou adolescents en souffrance, avec des

consultations quotidiennes. Ce qui nous semble capital, c'est que cette urgence soit entendue... C'est que les moyens soient mis en place pour accueillir et entendre cette souffrance... Ce qui ne veut pas dire que la solution soit trouvée en urgence !

Un certain retour d'informations. Les attentes du pédiatre sont tout à fait légitimes et compréhensibles : lorsqu'ils nous adressent un enfant, ils s'interrogent : qu'en est-il de la suite ? Dans le meilleur des cas, ils reçoivent un « accusé réception »... Dans le pire des cas, pas de réponse... C'est le cas de Thomas.

Le psychiatre, dans le cadre de son activité de soins, entend et comprend ce qui sous-tend une souffrance... Que peut-il en restituer au pédiatre, à l'équipe soignante ? Jusqu'où le psychiatre (ou psychologue) doit-il informer le pédiatre de ce qu'il a pu comprendre ? Nous pensons que tout ne peut être divulgué... La vérité d'un sujet, ce qui ressort de son intimité ne peut être étalé au grand jour ni confié à d'autres. Pour autant, dans la majorité des cas, certains éléments peuvent être transmis et notamment : la confirmation de l'accueil de l'enfant, le choix (ou non) d'un projet de soins, la mise en place d'un cadre de soins ou bien encore un traitement psychotrope... Ce retour d'informations, épistolaire, nous paraît indispensable.

L'éclairage des situations complexes. Dans des situations psychiatriques complexes, comme c'est le cas de Laetitia (anorexie mentale), la présence d'un psychiatre au côté de l'équipe pédiatrique semble indispensable. Là encore, l'habitude de travailler ensemble permet, au cas par cas, de mettre en place des soins diversifiés et adaptés pour chaque jeune. C'est tout l'intérêt de la présence d'un pédopsychiatre de liaison en hôpital général.

## **Les problèmes psychologiques et relationnels**

Dans d'autres situations les parents consultent en pédiatrie pour des difficultés d'ordre psychologique. Pourquoi ne s'adressent-ils pas directement à un psychologue ou un pédopsychiatre ? Dans certains cas c'est le médecin traitant qui préfère demander au pédiatre comment orienter la famille. Dans d'autres situations, les parents ne se sentent pas prêts à un suivi psy (le mot psy et surtout le mot psychiatre fait encore souvent peur). Ailleurs les parents consultent d'abord le pédiatre pour des raisons de délai de rendez-vous ou bien sur les conseils d'autres familles. Quelles que soient les motivations de la consultation, le pédiatre reçoit l'enfant et sa famille comme un médecin généraliste. Il écoute les plaintes, les inquiétudes, les difficultés. Il examine systématiquement l'enfant même si sa santé physique ne pose pas de problème. Au fil des consultations il évalue la situation et les demandes réelles

de la famille pour l'orienter ou non vers une prise en charge psy. Les échanges et les discussions en équipe permettent d'éclairer le pédiatre dans cette démarche.

Les parents du petit Mohamed consultent sur les conseils de leur médecin pour des troubles du caractère et des conduites. Ce petit garçon de 2 ans avait déjà eu les premiers mois des troubles du sommeil et pleurait beaucoup. Il était devenu ensuite agité et coléreux, se tapant la tête contre le sol, ne supportant pas les contraintes ou les contrariétés. Il a commencé vers l'âge de 18 mois à faire des spasmes du sanglot avec blocages respiratoires et cyanose faisant peur à ses parents. La consultation permet d'apprendre aussi que depuis plusieurs mois Mohamed dort dans le lit de sa mère, et fait une crise de colère si le père veut prendre sa place. Hors du domicile, il est agressif avec les autres enfants à tel point que sa mère n'ose plus l'emmener dans un jardin public. Les parents sont conscients que cette situation est anormale, mais ne savent comment y remédier. Le travail du pédiatre, aidé par des discussions en réunion sera de préparer les parents à une prise en charge psy au long cours ; en évaluant leur mobilisation et en gardant leur confiance

Voici une situation différente dans laquelle une famille d'accueil se présente aux urgences de pédiatrie un week-end avec un garçon de 12 ans. Cette famille, comme cela est classique, n'arrive plus à gérer l'agitation, l'agressivité, et les provocations permanentes de ce garçon placé chez eux depuis quelques semaines. Comment répondre à cette demande au milieu de toutes les autres consultations urgentes ? Aucune garde ni astreinte de pédopsychiatrie n'existant sur le secteur; l'interne de pédiatrie fait appel au psychiatre des urgences adultes qui reçoit la famille et conseille une consultation rapide au Centre Médico Psychologique (CMP). Une discussion du dossier lors de la réunion hebdomadaire du service permet de transmettre cette demande urgente à laquelle il était bien difficile de répondre.

Qu'en est-il du regard du psychiatre d'enfant ?

Les représentations du psychiatre. Les représentations du psychiatre ont beaucoup évoluées et l'idée de consulter un spécialiste "psy." n'est plus aussi inquiétante. Pour autant, la démarche de consulter un psychiatre n'est pas si simple et peut parfois être angoissante, tant pour un enfant que pour ses parents : « Est-ce que je ne suis pas fou ?... Est-ce qu'il va lire dans mes pensées ?... Est-ce que notre enfant est normal ?... ». Alors, le détour par le pédiatre, « naturellement pétris de bon sens et d'amour pour les enfants » est fréquent et compréhensible.

C'est sans doute l'art du pédiatre de travailler l'idée d'une consultation auprès du psychiatre. Pour exemple, les parents du petit Mohamed seront d'autant plus confiants qu'ils



auront compris le sens de la consultation. Tout cela dépend donc des propres représentations que le pédiatre a du psychiatre... De la confiance qu'il a en lui... De ce qu'il transmet lui-même dans cette adresse au psychiatre.

En revanche, dans l'urgence, cette adresse au psychiatre n'a aucune chance d'aboutir... Le jeune garçon, admis le vendredi soir au service des urgences pour une agitation, entrevu par un psychiatre pour être adressé à un autre psychiatre en début de semaine suivante... C'est une illusion, c'est une manière de botter en touche ! En effet, le jeune, dans 9 cas sur 10, ne se rendra pas à cette consultation. Pourquoi irait-il voir un inconnu, pour parler de lui, de ses souffrances qui, justement, l'agitent voire le menacent ? L'organisation du système de soins est ici interrogée et l'adolescent n'est souvent pas le dernier pour pointer du doigt les dysfonctionnements.

### **Les aspects institutionnels**

Les pédopsychiatres qui interviennent dans les services de pédiatrie appartiennent souvent aux CMP Ils effectuent dans les services de pédiatrie un travail dit de consultation-liaison reconnu depuis de nombreuses années et comportant plusieurs aspects D'une part ils interviennent à la demande des pédiatres auprès des enfants et des adolescents hospitalisés, d'autre part ils ont une mission d'écoute et de soutien du personnel soignant pour les aider dans leurs prises en charge et les sensibiliser aux dimensions psychologiques de leur travail. Dans cette optique, les réunions de service rassemblant les pys, les pédiatres et les différentes catégories de personnel soignant apportent un dynamisme et une cohérence indiscutable.

A côté des pédopsychiatres, travaillent souvent un ou plusieurs psychologues rattachés selon les cas au CMP ou au service de pédiatrie. Dans le service de pédiatrie de l'hôpital d'Evry nous travaillons depuis de nombreuses années avec une équipe psy, intégrée au service de pédiatrie composée de psychologues, orthophonistes, psychomotricienne; neuropsychologue et pédopsychiatre. Cette équipe, travaille en liaison régulière avec les pédiatres et apporte des réponses très diverses à leurs demandes d'évaluations et de prises en charge : entretiens individuels, entretiens familiaux si besoin avec deux professionnels, psychodrames analytiques, groupes de langages pour les tous petits. Les réunions hebdomadaires permettent une collaboration riche entre les pédiatres et cette équipe psy indépendante du CMP.

Quels que soient les systèmes institutionnels propres à chaque service, les attentes des pédiatres ou des familles sont loin d'être toujours satisfaites. Un des points non résolus dans la plupart des services de pédiatrie concerne l'urgence. Certains pédopsychiatres considèrent qu'il n'existe que peu ou pas de problèmes psychologiques urgents en pédiatrie. Rares sont les CMP qui ont le désir et les moyens de répondre à des situations aiguës. Dans notre secteur, le pédopsychiatre de liaison est joignable en urgence uniquement dans la journée en semaine. Les services de pédopsychiatrie de la région parisienne n'ont jamais de possibilité d'accueil. Et pourtant il existe régulièrement des besoins. Que fait le pédiatre devant un enfant ou un adolescent qui présente des troubles sévères des conduites ou du comportement aux urgences ou en hospitalisation ? Il fait appel au psychiatre des urgences adultes ou gère lui-même comme il peut la situation en attendant d'autres possibilités.

Une autre difficulté fréquente dans les rapports entre pédiatres et pédopsychiatres concerne la rétrocession des informations de la part des psys lors des demandes d'évaluation ou lors de suivis réguliers. Les pédiatres sont bien conscients qu'une certaine confidentialité est indispensable lors des entretiens psychologiques mais ils demandent au minimum quelques éléments d'orientation par rapport à des décisions à prendre. C'est particulièrement vrai lors de l'hospitalisations d'adolescent pour tentatives de suicide, pour crise aiguë ou pour difficultés relationnelles intrafamiliales. Les retours d'information de la part des psychiatres sont très inégaux, parfois très clairs sans pour autant dévoiler le contenu des entretiens, mais souvent succincts et uniquement oraux. Pourquoi certaines indications très générales ne peuvent-elles être systématiquement inscrites dans les dossiers ? Elles nous sont pourtant précieuses lorsque nous faisons la synthèse d'une hospitalisation ou que nous revoyons l'enfant ou l'adolescent en consultation.

Ainsi les collaborations entre pédiatres et psys ne sont pas toujours simples. Elles peuvent être très riches à condition que des échanges soient entretenus régulièrement entre tous les soignants pour toujours chercher à améliorer la qualité des soins que nous apportons aux enfants et aux familles.

Qu'en est-il du regard du psychiatre ?

Le soutien aux équipes. Une des fonctions du psychiatre qui intervient au sein des services de pédiatrie (pédopsychiatrie de consultation - liaison) est celle de l'écoute et du soutien des équipes soignantes. En effet, les infirmières, les aides-soignantes, les éducatrices, les médecins... sont souvent pris, consciemment et inconsciemment, dans des mouvements affectifs parfois intenses mais aussi dans des processus d'identification et de projection. Le

psychiatre, de par sa place particulière, peut animer des groupes de paroles et des moments où l'on prend le temps de penser à son activité et à ce qui se joue entre soi et l'enfant... Entre soi et les parents. Ces réunions sont souvent source d'enrichissement réciproque entre soignant.

La question de l'urgence. Cette question se retrouve dans tous les hôpitaux. Nous n'avons pas de réponse univoque. Tout au plus pouvons-nous évoquer ce que nous avons mis en place au niveau des services d'urgence (enfants et adultes) et de pédiatrie de notre CHU, à Angers. En effet, une équipe de psychiatres de liaison assure une astreinte de psychiatrie 24h/24 et 7j/7 au niveau du CHU. L'accueil psychiatrique en urgence est donc assuré. Et pour éviter les situations que décrit notre collègue pédiatre, nous avons signé une convention entre :

- Les services de pédiatrie
- Le service des urgences pédiatriques
- L'unité de psychiatrie de liaison
- Et les secteurs de pédopsychiatrie du département.

Ainsi, tous enfant ou adolescent admis en urgence, en pédiatrie et en dehors des heures et jours ouvrables, pour des troubles sévères du comportement et nécessitant de soins psychiatriques, sera pris en charge par l'équipe pédiatrique (avec l'aide du psychiatre d'astreinte). La convention précise que le lendemain de l'admission (ou le jour ouvrable suivant), l'équipe du secteur de pédopsychiatrie correspondant, s'engage à venir en pédiatrie pour mettre en place un relais et les modalités de soins adaptés pour cet enfant. Ce système d'accueil et de soins a montré tout son intérêt pour assurer une continuité des soins et un réel travail de collaboration entre équipes de pédiatrie et équipes de pédopsychiatrie. Il a permis aux pédiatres d'être rassurés, de ne pas se sentir seuls et aux psychiatres d'avoir le temps de mettre en place des soins adaptés à l'enfant.

La restitution d'informations. Nous avons déjà évoqué cette question. De nombreuses raisons pourraient expliquer ce défaut de retour d'informations : de vieilles habitudes, des différences de cultures, de rapport au temps, de rapport au savoir (objectif/subjectif), un fonctionnement clivé (somatique/psychique), un éloignement géographique (hôpital général/hôpital psychiatrique) ou bien encore parce que l'intime n'a pas à être divulgué... Cependant, nous rejoignons notre collègue pédiatre sur cette idée qu'un minimum d'informations peut se partager et qu'il semble nécessaire de renseigner le pédiatre sur le projet et le cadre de soins établis.

Les collaborations entre pédiatres et psychiatres (ou psychologues) sont à la fois complexes et riches. Pour qu'elles soient constructives et bénéfiques pour l'enfant et ses parents,

elles doivent s'inscrire dans des échanges entretenus régulièrement, dans l'aménagement de rencontres formalisées mais aussi aléatoires et improvisées, dans une confiance et un respect réciproques.

## **BIBLIOGRAPHIE**

BOURILLON A., DUGAS M. *Les urgences psychiatriques chez l'enfant*. Table Ronde.

Journées parisiennes de pédiatrie. Flammarion, Paris, 1995.

DUVERGER P., LEMOINE A. *Le symptôme partagé : pédopsychiatrie de liaison*. Annales de Psychiatrie, 1997, 12, 2, 107-111.

DUVERGER P., MALKAJ. & coll. *Le pédopsychiatre, un praticien de l'inattendu*. 2002

[www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/](http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/)

VAUDREUIL M. *Suivi psychothérapeutique d'adolescents hospitalisés pour tentative de suicide*. Médecine Thérapeutique Pédiatrie 2005 ; 8 :92-4.

WISS M. *La pédopsychiatrie de consultation-liaison intrahospitalière : étude prospective sur 215 interventions*. Arch. Pédiatr. 2004 ; 11 :4-12.

### **Mots-clés**

Enfant – Adolescent – Pédiatrie – Pédopsychiatrie.